

## ÇOCUKLARDA UYKU BOZUKLUKLARI

Dr.Ali Cezmi Arık\*,

Dr.Aysen Özkan\*\*

Uyku bozukluğu en sık rastlanan şikayetlerden biridir. Pek çok ruhsal rahatsızlığa eşlik edebileceği gibi fiziksel rahatsızlıklarla birlikte de bulunabilir. Bunun yanısıra kişinin en belirgin semptomu uyku bozukluğu olabilir.

Uyku bozuklukları dissomniyalar ve parasomniyalar olmak üzere iki alt grup halinde incelenebilir. Dissomniyalarda esas bozukluk uykunun miktarı, vasfı veya zamanı ile ilgilidir (insomnia, hipersomniya gibi). Parasomniyalarda ise temel sorun uyku esnasında anormal bir olayın gelişmesidir<sup>1</sup>.

Çocukluk döneminde görülen uyku bozuklukları daha çok parasomniya grubundadır. Bunlar arasında somnambulizm, pavornokturnus, kabus ve enürezis sayılabilir.

### SOMNAMBULİZM : (Uykuda Yürüme)

Somnambulizm, genellikle yatağı terketme ve dolaşmayı içeren bir kompleks davranışlar dizisinin tekrarlayan epizodlarıdır<sup>2</sup>. Derin uyku döneminde (NREM) meydana gelir ve birkaç dakikadan yarım saate kadar sürer<sup>3-5</sup>.

Epizod kişinin yatağında doğrulmasıyla başlar, yürüme dönemine gelmeden bitebileceği gibi, yürümeyle birlikte giyinme, kapı açma, yemek yeme, telefonla konuşma, müzik aleti çalma, araba kullanma gibi hareketleri içerebilir<sup>6</sup>. Epizod sırasında yüz anlamsız, bakışlar bir noktaya takılıdır. Çevreden gelen uyaranlara kişi nispeten kayıtsız kalır. Epizod kendiliğinden tekrar uykuya

\* Ondokuz Mayıs Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi.

\*\* Ondokuz Mayıs Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri Anabilim Dalı Profesörü.

dalma veya uyanma ile sonlanabileceği gibi, kişinin zorla da olsa uyandırılması ile sonlanabilir. Epizoda ait tam bir amnezi vardır, sonradan bazı düşsel görüntüler hatırlanabilir, ancak tam bir rüya tanımlanamaz<sup>2,3</sup>.

Genellikle 6-12 yaşlar arasında başlar ve birkaç yıl sürer. Erkeklerde kızlardan daha siktir. Çocukluk döneminde % 1-6 oranında görülür. Somnambulizm olan çocuklarda normallere oranla NREM dönemi bozuklukları daha sık görülür. Epizodlar sırasında en büyük komplikasyon kendini yaralamaktır. Lityum ve hipnotikler, ciddi uykusuzluklar ve yorgunluk epizodları artırabilir<sup>6</sup>.

Ayırıcı tanıda epileptik nöbet, psikojenik füğ ve uyku sersemliği düşünölmelidir.

#### PAVOR NOKTURNUS : (Uyku Dehşeti)

Genellikle dehşet ifade eden bir çığlık ile başlayan, tekrarlayıcı, uykudan uyanma epizodlarıdır. Uykunun NREM (3., 4. dönem) döneminde meydana gelir ve 1-10 dakika sürer<sup>2,5,7</sup>. Tipik bir epizod sırasında kişi yatakta doğrulup oturur, yüzde korku ifadesi vardır. Aşırı terleme midriyazis, piloereksiyon, hızlı nabız ve solunum görülür. Panik ve konfüzyon durumu içinde anlaşılmaz konuşmaları olabilir<sup>6,8</sup>. Panik ve konfüzyon dönemi geçmedikçe çocuk dışardan kendisini yatıştırma çabalarına karşılık vermez. Daha sonra çocuk bir dehşet hissi ve kısa kopuk görüntüleri tanımlayabilir. Tüm epizod için sabah amnezisi kuraldır<sup>4,5</sup>.

Genellikle 4-12 yaşları arasında başlar ve erken ergenlikte aşamalı olarak kaybolur. Eskiden erkeklerde daha sık olduğu düşünölmürken son çalışmalar her iki cinstе eşit oranda olduğunu göstermiştir<sup>5</sup>. Çocukluk döneminde görülme sıklığı % 1-6'dır. Aile bireyleri arasında genel populasyondan daha siktir<sup>5,9</sup>. Ateşli hastalıklar, yorgunluk ve emosyonel stresler hastalığı artırıcı nedenlerdir<sup>10,11</sup>.

Uyku dehşetini REM uykusu kabusları, hipnogojik halüsinasyon ve uykuda oluşan epileptik nöbetlerden ayırt etmek gerekir.

#### RÜYA ANKSİYETESİ : (Kabus)

Esas özellik ayrıntıları ile hatırlanan korkutucu düşler ile tekrarlayıcı bir şekilde uykudan uyanmalardır. Kabuslar tipik olarak kişinin yaşamını, güvenliğini ve benliğini tehdit edici özellik-

tedir<sup>1</sup>. Bu epizodlar uykunun ilerlemiş saatlerinde REM periyodunda oluşur<sup>11,12</sup>. Epizod sırasında otonomik ajitasyon çok azdır ve büyük vücut hareketleri genellikle görülmez. Kişi uyandıktan sonra rahatsız edici rüyayı tüm detayları ile hatırlar<sup>5</sup>.

Genellikle 10 yaşından önce başlar, olguların % 60'ında bozukluğu başlatan önemli bir stres vardır. Genel populasyonda sıklığı % 4-6 olarak bildirilmiştir<sup>1,13</sup>. Kızlarda daha çok görülmektedir. Belirgin bir komplikasyonu yoktur.

Fizik ve çevresel stresler, otomobil kazaları, saldırılar, yakın ölümleri, başlatıcı etken olarak bildirilmiştir. Ayrıca benzodiazepin gibi ilaçların kullanımı kabusu yol açabilir<sup>12</sup>.

Ayırıcı tanıda pavor nokturnus ve ilaçların neden olduğu kabuslar gözönünde bulundurulmalıdır.

#### NOKTURNAL ENÜREZİS :

Temel özellik sfinkter kontrolünün tamamlanmasının beklendiği bir yaştan sonra herhangi bir fizik rahatsızlığa bağlı olmaksızın geceleri yinelenen istem dışı idrar kaçırılmalardır. Enürezis tanısının konabilmesi için 5-6 yaşlar arasındaki çocuklarda ayda en az iki, daha büyük çocuklarda ayda bir kez enüretik epizodun olması gereklidir<sup>1</sup>.

Çoğu nokturnal enürezis uykusu sürecinin ilk üçte birinde; NREM in 3. ve 4. safhasının hakim olduğu dönemde meydana gelir. Diğer vakalarda ise idrar kaçırma uykunun REM döneminin baskın olduğu ilerlemiş saatlerde görülür. Böyle olgularda çocuk işeme eylemini içeren bir düşünce anımsayabilir<sup>4,15</sup>.

Genellikle 5-8 yaşlar arasında başlar. Beş yaşındaki erkeklerde % 7, kızlarda ise % 3 oranında görülür<sup>1</sup>. Yaş ilerledikçe görülme sıklığı azalır. Hastalığın süresi çocuğun kendisine güveni, akranları tarafından toplumsal itilme derecesi, çocuğa bakan kişilerin kızgınlık ve cezalandırmasına bağlı olarak değişiklik gösterir<sup>2</sup>.

Nokturnal enürezisde etiyojide uykusu dönemlerinin bozuklukları söz konusu olabileceği gibi psikososyal streslerde hastalığı başlatabilir. Psikososyal stres olarak anne-baba ayrılığı, yeni bir kardeşin doğumu, okula başlama ve genellikle 2-4 yaşlar arasında hospitalizasyon söylenebilir. Nokturnal enürezisli çocukların yaklaşık % 75'inde birinci derecede akrabalarda enürezis öyküsü vardır. Monozigot ikizlerde bozukluğun görülme oranı dizigotlardan

daha yüksektir<sup>2</sup>.

Ayırıcı tanıda diabet, epileptik bozukluklar, üriner enfeksiyonlar gibi organik nedenler uygun laboratuvar yöntemleri ile elimine edilmelidir.

## TEDAVİ

Somnambulizm : Özellikle çocuklarda somnambulizme eşlik eden belirgin bir psikopatolojiye genellikle rastlanmaması nedeniyle izole vakalar dışında psikoterapiye gerek yoktur.

Somnambulizmin bir NREM patolojisi olması nedeniyle sık tekrarlayan vakalarda iyi bir NREM süpresörü olan benzodiazepinler örneğin diazepam 0.5 mg/kg tek doz halinde yatmadan bir saat önce verilebilir<sup>4,16</sup>.

Pavor Nokturnus : Somnambulizmde olduğu gibi bu çocuklarda herhangi bir psikopatoloji saptanamaması nedeniyle psikoterapi gereksinimi yoktur. Benign bir olay olması ve çocuklar tarafından hatırlanmaması nedeniyle tedavi gerekmez. Aileyi tedirgin edecek derecede sık tekrarlayan olgularda NREM süpresörleri kullanılabilir<sup>8,11</sup>.

Kabus : Somnambulizm ve pavor nokturnusun tersine kabuslu çocuklarda bir psikopatolojinin bulunma olasılığı fazladır. Bu nedenle çocuğu ve aileyi inceleyip, uygun psikolojik tedavinin önerilmesi gerekebilir. Psikopatoloji tespit edilemeyen veya psikoterapiye uygun olmayan vakalarda ilaca bağlı kabuslar ekarte edildikten sonra REM süpresörü olan imipramine 6 yaştan büyüklerde 25 mg, 12 yaştan sonra 50-75 mg tek doz halinde yatarken verilir<sup>16,17</sup>.

Enürezis : Enürezis nokturna tedavisi etiyojolojiye yönelik olmalıdır. Özellikle psikopatoloji saptanan ya da psikososyal stresler ile başlamış olanlarda bireysel psikoterapi ve aile tedavisi gibi psikolojik tedaviler yararlı olur. Bunun yanısıra davranış tedavisi ile etiyojolojiye yönelik olmasa da başarılı sonuçlar elde edilmektedir<sup>18</sup>.

Enürezisin tedavisinde diğer bir yaklaşım farmakolojik tedavidir. Tedavi amacıyla pek çok farmakolojik ajan denenmiş, fakat en yaygın olarak İmipramin ile başarılı sonuçlar bildirilmiştir. Ancak bu ilaç kesildiği zaman relapsların meydana geldiği vurgulanmıştır<sup>19</sup>. Diğer bir çalışmada ise, işemenin yoğun olarak sabaha

karşı (REM dönemi) olduğu çocuklarda imipramin, uykunun ilk 1/3'lik döneminde (NREM-3., 4. safha) olanlarda ise benzodiazepinlerin kullanılmasının tedavide iyi netice verdiği ve relapsları azalttığı rapor edilmiştir<sup>20</sup>.

## KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association : **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, Third Edition, Revised. Washington DC. American Psychiatric Association 1987.
2. American Psychiatric Association : **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, ed 3. (DSM-III) American Psychiatric Association. Washington DC. 1950.
3. Kales A, Jacobson A, Paulson JM, et al. Somnambulizm. Psychophysiological correlate. **Arch Gen Psychiatry** 14: 486-593, 1966.
4. Kales A, Kales JD. Sleep Disorders. **N Engl J Med** 28: 487-499, 1974.
5. Hartman EL. Sleep Disorders. In Kaplan IH, Sadock JB (ed). **Comprehensive Text Book of Psychiatry**. 4th ed. Vol: 1, Baltimore / London. Williams and Wilkins Company. pp: 1247-1262, 1985.
6. Thorpy MJ, Glovinsky PB: Parasomnia. **Psych Clin North Am** 10: 623-629, 1987.
7. Pesikoff RB, Davis PC. Treatment of Pavor Nocturnus and Somnambulism in children. **Am J Psychiatry**. 128: 778-781, 1971.
8. Kales JD, Kales A, Soldatos CR, et al. Night Terros. **Arch Gen Psychiatry**. 37: 1413-1417, 1980.
9. Kales A, Soldatos CR, Bixler EO, et al. Hereditary factors in sleepwalking and night terrors. **Brit J Psychiatry** 137: 111-118, 1980.
10. Özkan A. Night Terror scendory to febrile illness. **Psychosomatics** (baskıda).
11. Fisher C, Kahn E, and Davis DM. A psychophysiological study of nightmares and night terrors. **Arch Gen Psychiatry** 28: 252-259, 1973.

12. Erman MK. Dream anxiety attacks (nightmares) **Psych Clin North Am** 10: 667-673, 1987.
13. Soldatos CR, Kales A. Sleep disorders: Research in psychopathology and its practical implications. **Acta Psychiat Scand** 65: 381-387, 1982.
14. Mikkelsen EJ, Rapoport JL, Nee L, et al. Childhood enuresis 1. Sleep patterns and psychopathology. **Arch Gen Psychiatry** 37: 1139-1144, 1980.
15. Scharf MB, Prauda MF, Jennings SW, et al. Childhood enuresis. **Psych North Am** 10: 655-665, 1987.
16. Tuğlular I. **Psikofarmakoloji**. İzmir, MAS A.Ş., 1985.
17. Kales A, Kales JD, Jacobson A, et al. Effects of Imipramine on enuretic frequency and sleep stages. **Pediatrics** 60: 431-436, 1977.
18. Friman PC. A preventitive context for enuresis. **Pediatr Clin North Am** 33: 871-886, 1986.
19. Miller PR, Champelli SW, Dinello FA. Imipramide in the treatment of enuretic school children: a doubleblind study. **Am J Dis Child** 115: 17-20, 1968.
20. Özkan A, Gürses N. Treatment of Nocturnal enuresis according to sleep hours. **XVII. Congress of the Union of Middle-Eastern and Mediterranean Pediatrics Societies** (Serbest bildiri) 13-16 May 1987, Palermo, Italy.